

**KARAKTERISTIK MIOMA UTERI DI RSUD Dr. MOEWARDI
SURAKARTA PERIODE JANUARI 2009 - JANUARI 2010**

SKRIPSI

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Kedokteran**



TRI KURNIASARI

G0007233

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS SEBELAS MARET
SURAKARTA
2010**

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Mioma uteri adalah tumor jinak pada daerah rahim atau lebih tepatnya otot rahim dan jaringan ikat di sekitarnya. Mioma belum pernah ditemukan sebelum terjadinya menarkhe, sedangkan setelah menopause hanya kira-kira 10% mioma yang masih tumbuh (Guyton, 2002). Diperkirakan insiden mioma uteri sekitar 20%-30% dari seluruh wanita. Di Indonesia mioma ditemukan 2,39% - 11,7% pada semua penderita ginekologi yang dirawat (Baziad, 2003).

Tumor ini paling sering ditemukan pada wanita umur 35 - 45 tahun (kurang lebih 25%) dan jarang pada wanita 20 tahun dan wanita post menopause. Wanita yang sering melahirkan, sedikit kemungkinannya untuk perkembangan mioma ini dibandingkan dengan wanita yang tak pernah hamil atau hanya satu kali hamil. Statistik menunjukkan 60% mioma uteri berkembang pada wanita yang tidak pernah hamil atau hanya hamil satu kali. Prevalensi meningkat apabila ditemukan riwayat keluarga, ras, kegemukan dan nullipara (Schorge *et al.*, 2008).

Mioma uteri ini menimbulkan masalah besar dalam kesehatan dan terapi yang efektif belum didapatkan, karena sedikit sekali informasi mengenai etiologi mioma uteri itu sendiri. Walaupun jarang menyebabkan mortalitas, namun morbiditas yang ditimbulkan oleh mioma uteri ini cukup tinggi karena mioma uteri dapat menyebabkan nyeri perut dan perdarahan abnormal, serta

diperkirakan dapat menyebabkan kesuburan rendah. (Bailliere, 2006). Beberapa teori menunjukkan bahwa mioma bertanggung jawab terhadap rendahnya kesuburan. Adanya hubungan antara mioma dan rendahnya kesuburan ini telah dilaporkan oleh dua survei observasional (Marshall *et al.*, 1998). Dilaporkan sebesar 27 – 40 % wanita dengan mioma uteri mengalami infertilitas.

Pengobatan mioma uteri dengan gejala klinik umumnya adalah tindakan operasi yaitu histerektomi (pengangkatan rahim) atau pada wanita yan ingin mempertahankan kesuburannya, miomektomi (pengangkatan mioma) dapat menjadi pilihan (Djuwantono, 2004).

RSUD Dr. Moewardi Surakarta merupakan rumah sakit rujukan di Jawa Tengah dan sekitarnya. Sebagai rumah sakit pemerintah sekaligus rumah sakit pendidikan, RSUD DR. Moewardi melayani persoalan-persoalan kesehatan dari segala aspek lapisan masyarakat.

Berdasarkan pada kenyataan di atas, maka hal ini mendorong peneliti untuk mengetahui lebih jauh mengenai karakteristik mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – januari 2010.

B. Perumusan Masalah

“ Bagaimanakah karakteristik mioma uteri di RSUD Moewardi Surakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui karakteristik mioma uteri di RSUD Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui angka kejadian tumor jinak uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010.
- b. Untuk mengetahui karakteristik mioma uteri berdasarkan paritas, IMT, jenis, gejalanya dan terapi di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan informasi bagi tenaga kesehatan dan mahasiswa tentang karakteristik mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

2. Manfaat Praktis

Dapat menjadi pengalaman dan menambah wawasan bagi peneliti dan pembaca tentang karakteristik mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, serta informasi yang diperoleh dapat dijadikan acuan bagi peneliti berikutnya.

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Tinjauan Pustaka

1. Definisi Mioma Uteri

Mioma uteri, dikenal juga dengan sebutan fibromioma, fibroid, atau leiomioma merupakan neoplasma jinak yang berasal dari otot polos uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya. Mioma uteri berbatas tegas, tidak berkapsul, dan berasal dari otot polos jaringan fibrous sehingga mioma uteri dapat berkonsistensi padat jika jaringan ikatnya dominan, dan berkonsistensi lunak jika otot rahimnya yang dominan (Sozen, 2000).

Berdasarkan otopsi, Novak menemukan 27% wanita berumur 25 tahun mempunyai sarang mioma, pada wanita yang berkulit hitam ditemukan lebih banyak. Mioma uteri belum pernah dilaporkan terjadi sebelum menarke, sedangkan setelah menopause hanya kira-kira 10% mioma yang masih bertumbuh. Di Indonesia mioma uteri ditemukan 2,39-11,7% pada semua penderita ginekologik yang dirawat. Selain itu dilaporkan juga ditemukan pada kurang lebih 20-25% wanita usia reproduksi dan meningkat 40% pada usia lebih dari 35 tahun (Joedosapoetra, 2005).

2. Etiologi Mioma Uteri

Etiologi pasti belum diketahui, tetapi terdapat korelasi antara pertumbuhan tumor dengan peningkatan reseptor estrogen-progesteron pada jaringan mioma uteri, serta adanya faktor predisposisi yang bersifat

herediter dan faktor hormon pertumbuhan dan Human Placental Lactogen. Para ilmuwan telah mengidentifikasi kromosom yang membawa 145 gen yang diperkirakan berpengaruh pada pertumbuhan fibroid. Beberapa ahli mengatakan bahwa mioma uteri diwariskan dari gen sisi paternal. Mioma biasanya membesar pada saat kehamilan dan mengecil pada saat menopause, sehingga diperkirakan dipengaruhi juga oleh hormon-hormon reproduksi seperti estrogen dan progesteron. Selain itu juga jarang ditemukan sebelum menarke, dapat tumbuh dengan cepat selama kehamilan dan kadang mengecil setelah menopause (Hart, 2000).

Apakah estrogen secara langsung memicu pertumbuhan mioma uteri atau memakai mediator masih menimbulkan silang pendapat. Dimana telah ditemukan banyak sekali mediator di dalam mioma uteri, seperti estrogen growth factor, insulin growth factor-1, (IGF-1), connexin-43-Gapjunction protein dan marker proliferasi.

Awal mulanya pembentukan tumor adalah terjadinya mutasi somatik dari sel-sel miometrium. Mutasi ini mencakup rentetan perubahan kromosom baik secara parsial maupun keseluruhan. Aberasi kromosom ditemukan pada 23-50% dari mioma uteri yang diperiksa dan yang terbanyak (36,6%) ditemukan pada kromosom 7 (del(7) (q 21) /q 21 q 32).

Hal yang mendasari tentang penyebab mioma uteri belum diketahui secara pasti, diduga merupakan penyakit multifaktorial. Dipercayai bahwa mioma merupakan sebuah tumor monoklonal yang dihasilkan dari mutasi somatik dari sebuah sel neoplastik tunggal yang berada di antara otot polos

miometrium. Sel-sel mioma mempunyai abnormalitas kromosom. Faktor-faktor yang mempengaruhi pertumbuhan mioma, disamping faktor predisposisi genetik, adalah beberapa hormon seperti estrogen, progesteron, dan *human growth hormon*. (Thomason, 2008) Dengan adanya stimulasi estrogen, menyebabkan terjadinya proliferasi di uterus, sehingga menyebabkan perkembangan yang berlebihan dari garis endometrium, sehingga terjadilah pertumbuhan mioma.

Analisis sitogenetik dari hasil pembelahan mioma uteri telah menghasilkan penemuan yang baru. Diperkirakan 40% mioma uteri memiliki abnormalitas kromosom non random. Abnormalitas ini dapat dibagi menjadi 6 subgrup sitogenik yang utama termasuk translokasi antara kromosom 12 dan 14, trisomi 12, penyusunan kembali lengan pendek kromosom 6 dan lengan panjang kromosom 10 dan delesi kromosom 3 dan 7. Penting untuk diketahui mayoritas mioma uteri memiliki kromosom yang normal (Gross, 2001).

Pengaruh-pengaruh hormon dalam pertumbuhan dan perkembangan mioma:

a. Estrogen

Mioma uteri dijumpai setelah menarche. Seringkali terdapat pertumbuhan tumor yang cepat selama kehamilan dan terapi estrogen eksogen. Mioma uteri akan mengecil pada saat menopause dan pengangkatan ovarium. Mioma uteri banyak ditemukan bersamaan dengan anovulasi ovarium dan wanita dengan sterilitas. Selama fase

sekretorik, siklus menstruasi dan kehamilan, jumlah reseptor estrogen di miometrium normal berkurang. Pada mioma reseptor estrogen dapat ditemukan sepanjang siklus menstruasi, tetapi ekskresi reseptor tersebut tertekan selama kehamilan.

b. Progesteron

Reseptor progesteron terdapat di miometrium dan mioma sepanjang siklus menstruasi dan kehamilan. Progesteron merupakan antagonis natural dari estrogen. Progesteron menghambat pertumbuhan mioma dengan dua cara yaitu: Mengaktifkan 17-Beta hidroxydesidrogenase dan menurunkan jumlah reseptor estrogen pada mioma.

c. Hormon Pertumbuhan

Level hormon pertumbuhan menurun selama kehamilan, tetapi hormon yang mempunyai struktur dan aktivitas biologik serupa, terlihat pada periode ini memberi kesan bahwa pertumbuhan yang cepat dari mioma selama kehamilan mungkin merupakan hasil dari aksi sinergistik antara hormon pertumbuhan dan estrogen (Djuwantono, 2005).

1. Faktor Predisposisi Mioma Uteri

a. Umur

Frekuensi kejadian mioma uteri paling tinggi antara usia 35-50 tahun yaitu mendekati angka 40%, sangat jarang ditemukan pada usia dibawah 20 tahun. Sedangkan pada usia menopause hampir tidak

pernah ditemukan (Wiknjosastro, 2005). Pada usia sebelum menarche kadar estrogen rendah, dan meningkat pada usia reproduksi, serta akan turun pada usia menopause (Ganong, 2008). Pada wanita menopause mioma uteri ditemukan sebesar 10% (Jodosapoetro, 2005).

b. Riwayat Keluarga

Wanita dengan garis keturunan tingkat pertama dengan penderita mioma uteri mempunyai 2,5 kali kemungkinan untuk menderita mioma dibandingkan dengan wanita tanpa garis keturunan penderita mioma uteri (Parker, 2007).

c. Obesitas

Obesitas juga berperan dalam terjadinya mioma uteri. Hal ini mungkin berhubungan dengan konversi hormon androgen menjadi estrogen oleh enzim aromatase di jaringan lemak (Djuwantono, 2005). Hasilnya terjadi peningkatan jumlah estrogen tubuh, dimana hal ini dapat menerangkan hubungannya dengan peningkatan prevalensi dan pertumbuhan mioma uteri (Parker, 2007).

d. Paritas

Wanita yang sering melahirkan lebih sedikit kemungkinannya untuk terjadinya perkembangan mioma ini dibandingkan wanita yang tidak pernah hamil atau satu kali hamil. Statistik menunjukkan 60% mioma uteri berkembang pada wanita yang tidak pernah hamil atau hanya hamil satu kali (Schorge *et al.*, 2008).

e. Kehamilan

Angka kejadian mioma uteri bervariasi dari hasil penelitian yang pernah dilakukan ditemukan sebesar 0,3%-7,2% selama kehamilan. Kehamilan dapat mempengaruhi mioma uteri karena tingginya kadar estrogen dalam kehamilan dan bertambahnya vaskularisasi ke uterus (Scott, 2002). Kedua keadaan ini ada kemungkinan dapat mempercepat pembesaran mioma uteri (Manuaba, 2003).

Kehamilan dapat juga mengurangi resiko mioma karena pada kehamilan hormon progesteron lebih dominan.

2. Jenis dan Gambaran Klinis Mioma Uteri

Sarang mioma di uterus dapat berasal dari servik uteri (1-3%) dan selebihnya adalah dari korpus uteri. Menurut tempatnya di uterus dan menurut arah pertumbuhannya, maka mioma uteri dibagi 4 jenis antara lain:

a. Mioma Submukosa

Berada di bawah endometrium dan menonjol ke dalam rongga uterus. Jenis ini dijumpai 6,1% dari seluruh kasus mioma. Jenis ini sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma jenis lain meskipun besar mungkin belum memberikan keluhan perdarahan, tetapi mioma submukosa, walaupun kecil sering memberikan keluhan gangguan perdarahan. Mioma submukosa umumnya dapat diketahui dengan tindakan kuretase, dengan adanya benjolan waktu kuret, dikenal sebagai currete bump dan dengan pemeriksaan histeroskopi

dapat diketahui posisi tangkai tumor. Tumor jenis ini sering mengalami infeksi, terutama pada mioma submukosa pedinkulata. Mioma submukosa pedinkulata adalah jenis mioma submukosa yang mempunyai tangkai. Tumor ini dapat keluar dari rongga rahim ke vagina, dikenal dengan nama mioma geburt atau mioma yang dilahirkan, yang mudah mengalami infeksi, ulserasi, dan infark. Pada beberapa kasus penderita akan mengalami anemia dan sepsis karena proses di atas.

b. Mioma Intramural

Terdapat di dinding uterus di antara serabut miometrium. Karena pertumbuhan tumor, jaringan otot sekitarnya akan terdesak dan terbentuk simpai yang mengelilingi tumor. Bila di dalam dinding rahim dijumpai banyak mioma, maka uterus akan mempunyai bentuk yang berbenjol-benjol dengan konsistensi yang padat. Mioma yang terletak pada dinding depan uterus, dalam pertumbuhannya akan menekan dan mendorong kandung kemih ke atas, sehingga dapat menimbulkan keluhan miksi.

c. Mioma Subserosa

Apabila mioma tumbuh keluar dinding uterus sehingga menonjol pada permukaan uterus diliputi oleh serosa. Mioma subserosa dapat tumbuh di antara kedua lapisan ligamentum latum menjadi mioma intraligamenter.

d. Mioma Intraligamenter

Mioma subserosa yang tumbuh menempel pada jaringan lain, misalnya ke ligamentum atau omentum dan kemudian membebaskan diri dari uterus sehingga disebut *mondering/parasitic fibroid*.

Jarang sekali ditemukan satu macam mioma saja dalam satu uterus. Mioma pada serviks dapat menonjol ke dalam satu saluran servik sehingga ostium uteri eksternum berbentuk bulan sabit.

Apabila mioma dibelah maka akan tampak bahwa mioma terdiri dari berkas otot polos dan jaringan ikat yang tersusun sebagai kumparan (*whorle like pattern*) dengan pseudokapsul yang terdiri dari jaringan ikat longgar yang terdesak karena pertumbuhan sarang mioma ini.

3. Gejala Mioma Uteri

Keluhan yang diakibatkan oleh mioma uteri sangat tergantung dari lokasi, arah pertumbuhan, jenis, besar dan jumlah mioma. Hanya dijumpai pada 20-50% saja mioma uteri menimbulkan keluhan, sedangkan sisanya tidak mengeluh apapun. Hipermenore, menometroragia adalah merupakan gejala klasik dari mioma uteri. Dari penelitian multisenter yang dilakukan pada 114 penderita ditemukan 44% gejala perdarahan, yang paling sering adalah jenis mioma submukosa, sekitar 65% wanita dengan mioma mengeluh dismenore, nyeri perut bagian bawah, serta nyeri pinggang. Tergantung dari lokasi dan arah pertumbuhan mioma, maka kandung kemih, ureter, dan usus dapat terganggu, dimana peneliti melaporkan

keluhan disuri (14%), keluhan obstipasi (13%). Mioma uteri sebagai penyebab infertilitas hanya dijumpai pada 2-10% kasus. Infertilitas terjadi sebagai akibat obstruksi mekanis tuba falopii. Abortus spontan dapat terjadi bila mioma uteri menghalangi pembesaran uterus, dimana menyebabkan kontraksi uterus yang abnormal, dan mencegah terlepas atau tertahannya uterus di dalam panggul (Goodwin, 2009).

a. Massa di Perut Bawah

Penderita mengeluhkan merasakan adanya massa atau benjolan di perut bagian bawah.

b. Perdarahan Abnormal

Diperkirakan 30% wanita dengan mioma uteri mengalami kelainan menstruasi, menoragia atau menstruasi yang lebih sering. Tidak ditemukan bukti yang menyatakan perdarahan ini berhubungan dengan peningkatan luas permukaan endometrium atau karena meningkatnya insidens disfungsi ovulasi. Teori yang menjelaskan perdarahan yang disebabkan mioma uteri menyatakan terjadi perubahan struktur vena pada endometrium dan miometrium yang menyebabkan terjadinya venule ectasia.

Miometrium merupakan wadah bagi faktor endokrin dan parakrin dalam mengatur fungsi endometrium. Aposisi kedua jaringan ini dan aliran darah langsung dari miometrium ke endometrium memfasilitasi interaksi ini. Growth factor yang merangsang stimulasi angiogenesis atau relaksasi tonus vaskuler dan yang memiliki reseptor pada mioma

uteri dapat menyebabkan perdarahan uterus abnormal dan menjadi target terapi potensial. Sebagai pilihan, berkurangnya angiogenik inhibitory factor atau vasoconstricting factor dan reseptornya pada mioma uteri dapat juga menyebabkan perdarahan uterus yang abnormal.

c. Nyeri Perut

Gejala nyeri tidak khas untuk mioma, walaupun sering terjadi. Hal ini timbul karena gangguan sirkulasi darah pada sarang mioma yang disertai dengan nekrosis setempat dan peradangan. Pada pengeluaran mioma submukosa yang akan dilahirkan, pada pertumbuhannya yang menyempitkan kanalis servikalis dapat menyebabkan dismenorrhoe. Dapat juga rasa nyeri disebabkan karena torsi mioma uteri yang bertangkai. Dalam hal ini sifatnya akut, disertai dengan rasa nek dan muntah-muntah. Pada mioma yang sangat besar, rasa nyeri dapat disebabkan karena tekanan pada urat syaraf yaitu pleksus uterovaginalis, menjalar ke pinggang dan tungkai bawah (Pradhan, 2006).

d. *Pressure Effects* (Efek Tekanan)

Pembesaran mioma dapat menyebabkan adanya efek tekanan pada organ-organ di sekitar uterus. Gejala ini merupakan gejala yang tak biasa dan sulit untuk dihubungkan langsung dengan mioma. Penekanan pada kandung kencing, pollakisuria dan dysuria. Bila uretra tertekan bisa menimbulkan retensio urinae. Bila berlarut-larut dapat

menyebabkan hydroureteronephrosis. Tekanan pada rectum tidak begitu besar, kadang-kadang menyebabkan konstipasi atau nyeri saat defekasi.

e. Penurunan Kesuburan dan Abortus

Hubungan antara mioma uteri sebagai penyebab penurunan kesuburan masih belum jelas. Dilaporkan sebesar 27-40% wanita dengan mioma uteri mengalami infertilitas. Penurunan kesuburan dapat terjadi apabila sarang mioma menutup atau menekan pars interstisialis tuba, sedangkan mioma submukosa dapat memudahkan terjadinya abortus karena distorsi rongga uterus. Perubahan bentuk kavum uteri karena adanya mioma dapat menyebabkan disfungsi reproduksi. Gangguan implanisasi embrio dapat terjadi pada keberadaan mioma akibat perubahan histologi endometrium dimana terjadi atrofi karena kompresi massa tumor (Stoval, 2001). Apabila penyebab lain infertilitas sudah disingkirkan dan mioma merupakan penyebab infertilitas tersebut, maka merupakan suatu indikasi untuk dilakukan miomektomi (Stewart, 2001).

4. Perubahan Sekunder Mioma Uteri

a. Atrofi

Tanda-tanda dan gejala berkurang dan menghilang karena ukuran mioma uteri berkurang saat menopause atau setelah kehamilan.

b. Degenerasi Hialin

Perubahan ini sering terutama pada penderita usia lanjut disebabkan karena kurangnya suplai darah. Jaringan fibrous berubah menjadi hialin dan serabut otot menghilang. Mioma kehilangan struktur aslinya menjadi homogen. Dapat meliputi sebagian besar atau hanya sebagian kecil daripadanya seolah-olah memisahkan satu kelompok serabut otot dari kelompok lainnya.

c. Degenerasi Kistik

Dapat meliputi daerah kecil maupun luas, dimana sebagian dari mioma menjadi cair, sehingga terbentuk ruangan-ruangan yang tidak teratur berisi agar-agar, dapat juga terjadi pembengkakan yang luas dan bendungan limfe sehingga menyerupai limfangioma. Dengan konsistensi yang lunak tumor ini sukar dibedakan dari kista ovarium atau suatu kehamilan.

d. Degenerasi Membatu (*Calcified Degeneration*)

Terutama terjadi pada wanita usia lanjut oleh karena adanya gangguan dalam sirkulasi. Dengan adanya pengendapan garam kapur pada sarang mioma maka mioma menjadi keras dan memberikan bayangan pada foto rontgen.

e. Degenerasi Merah

Perubahan ini terjadi pada kehamilan dan nifas. Patogenesis: Diperkirakan karena suatu nekrosis subakut sebagai gangguan vaskulerisasi. Pada pembelahan dapat dilihat sarang mioma seperti

daging mentah berwarna merah disebabkan pigmen hemosiderin dan hemofusin. Degenerasi merah tampak khas apabila terjadi pada kehamilan muda disertai emesis, haus, sedikit demam, kesakitan, tumor pada uterus membesar dan nyeri pada perabaan. Penampilan klinik ini seperti pada putaran yangkai tumor ovarium atau mioma bertangkai.

f. Degenerasi Lemak

Jarang terjadi, merupakan kelanjutan degenerasi hialin. Pada mioma yang sudah lama dapat terbentuk degenerasi lemak. Di permukaan irisannya berwarna kuning homogen dan serabut ototnya berisi titik lemak dan dapat ditunjukkan dengan pengecatan khusus untuk lemak (Joedosoetra, 2005).

5. Diagnosis Mioma Uteri

a. Anamnesis

Dalam anamnesis dicari keluhan utama serta gejala klinis mioma lainnya, faktor risiko serta kemungkinan komplikasi yang terjadi. Biasanya teraba massa menonjol keluar dari jalan lahir yang dirasakan bertambah panjang serta adanya riwayat pervaginam terutama pada wanita usia 40-an. Kadang juga dikeluhkan perdarahan kontak (Hart, 2000).

b. Pemeriksaan Fisik

Mioma uteri mudah ditemukan melalui pemeriksaan bimanual rutin uterus. Diagnosis mioma uteri menjadi jelas bila dijumpai gangguan

kontur uterus oleh satu atau lebih massa yang licin, tetapi sering sulit untuk memastikan bahwa massa seperti ini adalah bagian dari uterus.

c. Pemeriksaan penunjang

1) Temuan Laboratorium

Anemia merupakan akibat paling sering dari mioma. Hal ini disebabkan perdarahan uterus yang banyak dan habisnya cadangan zat besi. Kadang-kadang mioma menghasilkan eritropoetin yang pada beberapa kasus menyebabkan polisitemia. Adanya hubungan antara polisitemia dengan penyakit ginjal diduga akibat penekanan mioma terhadap ureter yang menyebabkan peninggian tekanan balik ureter dan kemudian menginduksi pembentukan eritropoietin ginjal.

2) Imaging

a) Pemeriksaan dengan USG (Ultrasonografi) transabdominal dan transvaginal bermanfaat dalam menetapkan adanya mioma uteri. Ultrasonografi transvaginal terutama bermanfaat pada uterus yang kecil. Uterus atau massa yang paling besar baik diobservasi melalui ultrasonografi transabdominal. Mioma uteri secara khas menghasilkan gambaran ultrasonografi yang mendemonstrasikan irregularitas kontur maupun pembesaran uterus.

b) Histeroskopi digunakan untuk melihat adanya mioma uteri submukosa, jika mioma kecil serta bertangkai. Mioma tersebut sekaligus dapat diangkat.

c) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) sangat akurat dalam menggambarkan jumlah, ukuran, dan lokasi mioma tetapi jarang diperlukan. Pada MRI, mioma tampak sebagai massa gelap berbatas tegas dan dapat dibedakan dari miometrium normal. MRI dapat mendeteksi lesi sekecil 3 mm yang dapat dilokalisasi dengan jelas, termasuk mioma (Goodwin, 2009).

6. Penatalaksanaan Mioma Uteri

a. Konservatif

Penderita dengan mioma kecil dan tanpa gejala tidak memerlukan pengobatan, tetapi harus diawasi perkembangan tumornya. Jika mioma lebih besar dari kehamilan 10-12 minggu, tumor yang berkembang cepat, terjadi torsi pada tangkai, perlu diambil tindakan operasi.

b. Medikamentosa

Terapi yang dapat memperkecil volume atau menghentikan pertumbuhan mioma uteri secara menetap belum tersedia pada saat ini. Terapi medikamentosa masih merupakan terapi tambahan atau terapi pengganti sementara dari operatif.

Preparat yang selalu digunakan untuk terapi medikamentosa adalah analog GnRHa (*Gonadotropin Releasing Hormon Agonis*), progesteron, danazol, gestrinon, tamoksifen, goserelin, antiprostaglandin, agen-agen lain seperti mifepristone dan amantadine (Verala, 2003).

c. Operatif

Pengobatan operatif meliputi miomektomi, histerektomi dan embolisasi arteri uterus.

- 1) Miomektomi, adalah pengambilan sarang mioma saja tanpa pengangkatan uterus. Tindakan ini dapat dikerjakan misalnya pada mioma mioma submukosa pada mioma geburt dengan cara ekstirpasi lewat vagina.
- 2) Histerektomi, adalah pengangkatan uterus, yang umumnya tindakan terpilih. Histerektomi total umumnya dilakukan dengan alasan mencegah akan timbulnya karsinoma servisis uteri.
- 3) Embolisasi arteri uterus (*Uterin Artery Embolization / UAE*), adalah injeksi arteri uterina dengan butiran polyvinyl alkohol melalui kateter yang nantinya akan menghambat aliran darah ke mioma dan menyebabkan nekrosis. Nyeri setelah UAE lebih ringan daripada setelah pembedahan mioma dan pada UAE tidak dilakukan insisi serta waktu penyembuhannya yang cepat (Swine, 2009).

d. Radiasi dengan radioterapi

Radioterapi dilakukan untuk menghentikan perdarahan yang terjadi pada beberapa kasus.

7. Komplikasi Mioma Uteri

a. Degenerasi ganas

Mioma uteri yang menjadi leiomyosarkoma ditemukan ditemukan hanya 0,32-0,6% dari seluruh mioma, serta merupakan 50-75% dari semua sarkoma uterus. Keganasan umumnya baru ditemukan pada pemeriksaan histologi uterus yang telah diangkat. Kecurigaan akan keganasan uterus apabila mioma uteri cepat membesar dan apabila terjadi pembesaran sarang mioma dalam menopause.

b. Torsi (putaran tangkai)

Sarang mioma yang bertangkai dapat mengalami, timbul gangguan sirkulasi akut sehingga mengalami nekrosis. Dengan demikian terjadilah sindrom abdomen akut. Jika torsi terjadi perlahan-lahan, gangguan akut tidak terjadi.

8. Prognosis Mioma Uteri

Histerektomi dengan mengangkat seluruh mioma adalah kuratif. Myomectomy yang extensif dan secara significant melibatkan miometrium atau menembus endometrium, maka diharuskan SC (Sectio caesaria) pada persalinan berikutnya. Myoma yang kambuh kembali (rekurens) setelah myomectomy terjadi pada 15-40% pasien dan 2/3nya memerlukan tindakan lebih lanjut.

9. Diagnosis Banding Mioma Uteri

Diagnosis banding mioma uteri adalah kehamilan, neoplasma ovarium, dan adenomyosis (Achadiat, 2004)

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Berdasarkan permasalahan yang ada dan tujuan yang hendak dicapai, maka penelitian ini menggunakan desain penelitian observasional diskriptif.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada Januari 2009 sampai Januari 2010.

C. Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah semua wanita yang didiagnosis dengan mioma uteri, yang pernah dirawat di RSUD Dr. Moewardi Surakarta, mulai Januari 2009 – Januari 2010 (data sekunder).

D. Teknik Sampling

Teknik memilih sampel adalah *fixed disease sampling*, yaitu memilih sampel berdasarkan status penyakit (mioma uteri) yang dirawat inap di RSUD Dr. Moewardi surakarta sejak Januari 2009 hingga Januari 2010.

E. Besar Sampel

Semua wanita yang didiagnosis menderita mioma uteri yang dirawat di RSUD Dr. Moewardi periode Januari 2009 – Januari 2010.

F. Intervensi dan Implementasi

Merupakan cara dan alat penelitian

1. Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk memperoleh data. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah catatan medik pasien yang digunakan untuk memperoleh data yang diperlukan.

2. Cara pengumpulan data

Data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan data sekunder, yaitu dengan melihat catatan medik pasien dalam hal ini wanita dengan diagnosis tumor jinak uterus pada Januari 2009- Januari 2010. Adapun cara pengambilan data dalam penelitian ini adalah :

- a. Peneliti mengajukan ijin pada direktur rumah sakit umum Dr. Moewardi
- b. Setelah mendapat ijin, peneliti mengamati catatan medik pasien untuk mendapat data yang diperlukan
- c. Sampel yang telah dipilih lalu akan dilakukan pencatatan data dengan mengisi lembar Check list sesuai dengan data yang dibutuhkan berdasarkan catatan medik pasien.

G. Etika Penelitian

1. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak menandatangani nama responden pada lembar pengumpulan data

2. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan disajikan sebagai hasil.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian retrospektif terhadap data rekam medik penderita yang dirawat di Bagian Obstetri dan Ginekologi RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 didapatkan 114 penderita mioma uteri. Berikut ini adalah penjabaran hasil penelitian yang telah dilakukan yang ditampilkan dengan tabel distribusi frekuensi.

A. Kasus Mioma Uteri Menurut Usia Penderita

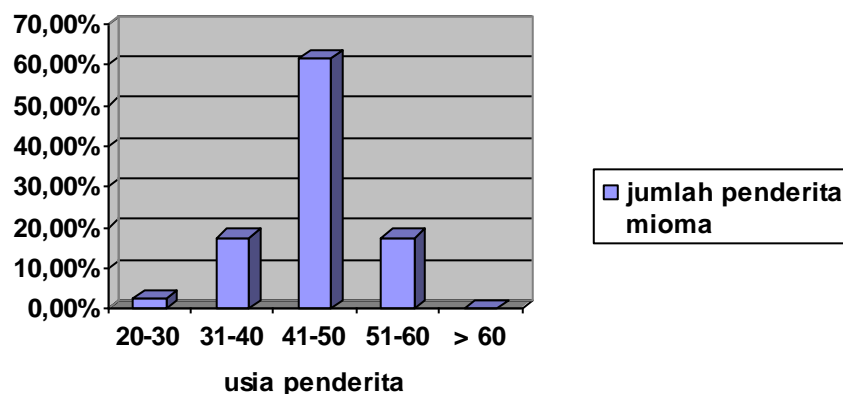
Jumlah kasus mioma uteri menurut usia penderita dari 114 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 1 Jumlah kasus mioma uteri menurut usia penderita di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Usia Penderita (tahun)	Jumlah Kasus	Persentase (%)
20 – 30	3	2,63%
31 – 40	20	17,54%
41 – 50	70	61,40%
51 – 60	20	17,54%
> 60	1	0,88%
Total	114	100%

Dari tabel 1 di atas dapat dilihat frekuensi terbanyak penderita mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 terdapat pada kelompok usia 41 – 50 tahun yaitu sebanyak 70 kasus (61,40%), pada kelompok usia 31 – 40 dan 51 – 60 tahun yaitu sama, sebanyak 20 kasus

(17,54%), pada kelompok usia 20 – 30 tahun yaitu sebanyak 3 kasus (2,63%), pada usia lebih dari 60 tahun ditemukan 1 kasus (0,88%), dan tidak ditemukan kasus mioma uteri di bawah usia 20 tahun.



Gambar 4.1. Histogram prosentase jumlah kasus mioma uteri menurut usia.

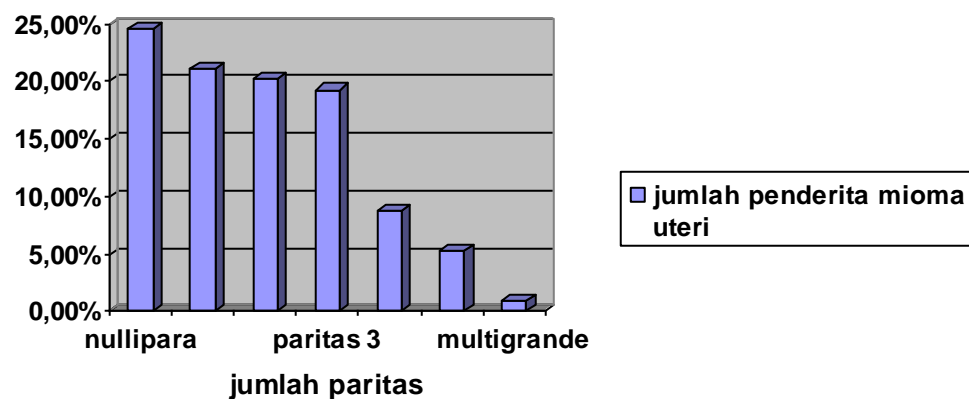
B. Kasus Mioma Uteri Menurut Jumlah Paritas

Jumlah kasus mioma uteri menurut paritas penderita dari 114 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2 Jumlah kasus penderita mioma uteri menurut jumlah paritas di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Jumlah Paritas	Jumlah Kasus	Persentase (%)
0 (nullipara)	28	24,56%
1 (primipara)	24	21,05%
2 (multipara)	23	20,18%
3 (multipara)	22	19,30%
4 (multipara)	10	8,77%
5 (multipara)	6	5,26%
> 5 (multigrande)	1	0,88%
Total	114	100%

Dari tabel 4.2 di atas dapat dilihat frekuensi terbanyak penderita mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 terdapat pada kelompok paritas nullipara sebanyak 28 kasus (24,55%). Diikuti pada kelompok primipara sebanyak 24 kasus (21,05%), lalu pada paritas dua sebanyak 23 kasus (20,18%), paritas tiga sebanyak 22 kasus (19,30%), pada paritas empat sebesar 10 kasus (8,77%), paritas lima sebanyak 6 kasus (5,26%), dan pada multigrande hanya ditemukan 1 kasus (0,88%).



Gambar 4.2. Histogram prosentase jumlah kasus mioma uteri menurut jumlah paritas

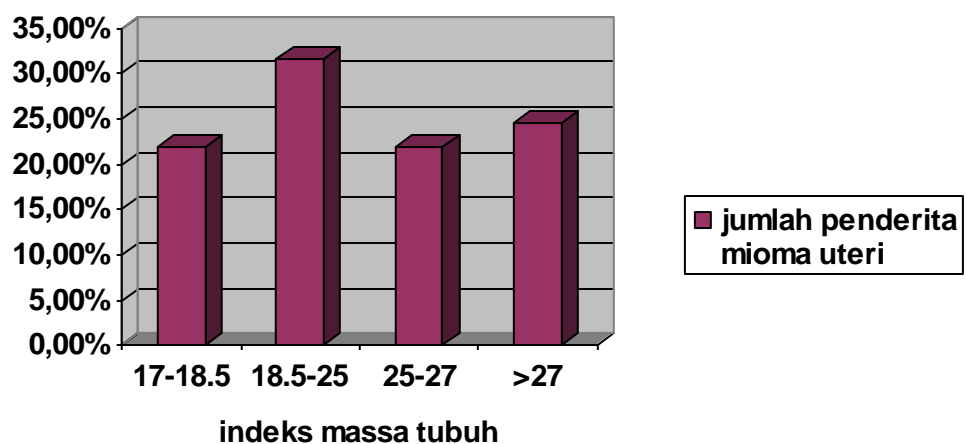
C. Kasus Mioma Uteri Menurut Indeks Massa Tubuh

Jumlah kasus mioma uteri menurut Indeks Massa Tubuh penderita yang dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.3. Jumlah kasus penderita mioma uteri menurut indeks massa tubuh di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Indeks Massa Tubuh	Jumlah Kasus	Persentase (%)
17 – 18,5	25	21,93%
18,5 – 25	36	31,58%
25 – 27	25	21,93%
> 27	28	24,56%
Jumlah	114	100%

Dari tabel 4.3 di atas dapat dilihat frekuensi terbanyak penderita mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 terdapat pada kelompok Indeks Massa Tubuh 18,5 – 25 sebanyak 36 kasus (31,58%). Kemudian diikuti oleh kelompok IMT >27 sebanyak 28 kasus (24,56%) dan kelompok IMT 17 – 18,5 dan 25 – 27 masing-masing sebanyak 25 kasus (21,93%).



Gambar 4.3. Histogram prosentase jumlah kasus mioma uteri menurut IMT.

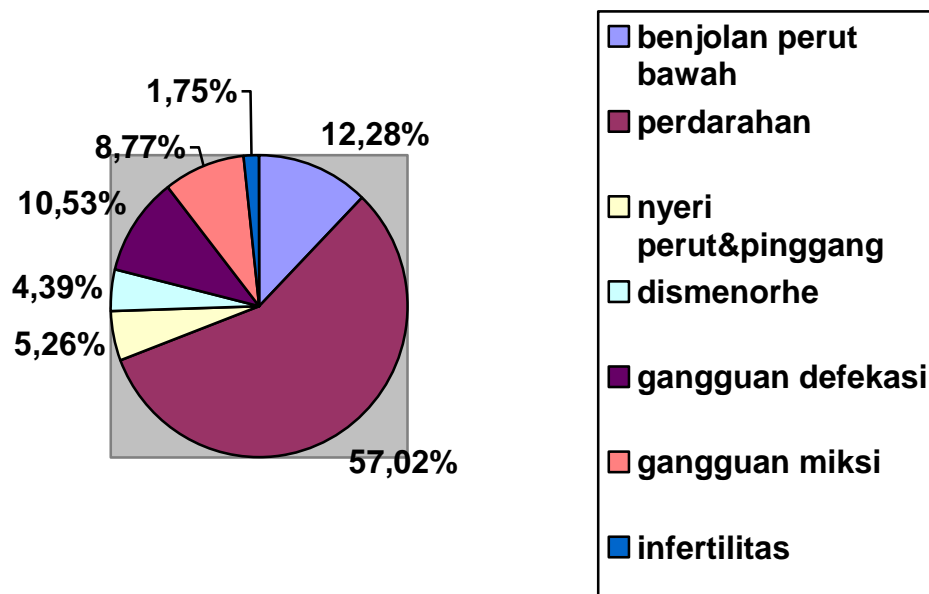
D. Kasus Mioma Uteri Menurut Keluhan Utama

Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan keluhan utama dari 114 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.4. Jumlah kasus penderita mioma uteri berdasarkan keluhan utama di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Keluhan Utama	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Benjolan perut bagian bawah	14	12,28%
Perdarahan	65	57,02%
Nyeri perut dan pinggang	6	5,26%
Dismenorhe	5	4,39%
Gangguan Defekasi	12	10,53%
Gangguan Miksi	10	8,77%
Infertilitas	2	1,75%
Jumlah	114	100%

Berdasarkan tabel 4.4 di atas dapat diketahui bahwa keluhan utama yang paling banyak ditemukan pada penderita mioma uteri adalah perdarahan yaitu sebanyak 65 kasus (57,02%), kemudian diikuti dengan benjolan perut bagian bawah sebanyak 14 kasus (12,28%), diikuti oleh gangguan defekasi sebanyak 12 kasus (10,53%), gangguan miksi sebanyak 10 kasus (8,77%), nyeri perut dan pinggang sebanyak 6 kasus (5,26%), dismenorhe sebanyak 5 kasus (4,39%), dan yang terakhir adalah infertilitas sebanyak 2 kasus (1,75%).



Gambar 4.4. Diagram lingkaran jumlah kasus mioma uteri menurut keluhan.

E. Kasus Mioma Uteri Menurut Kadar Hemoglobin

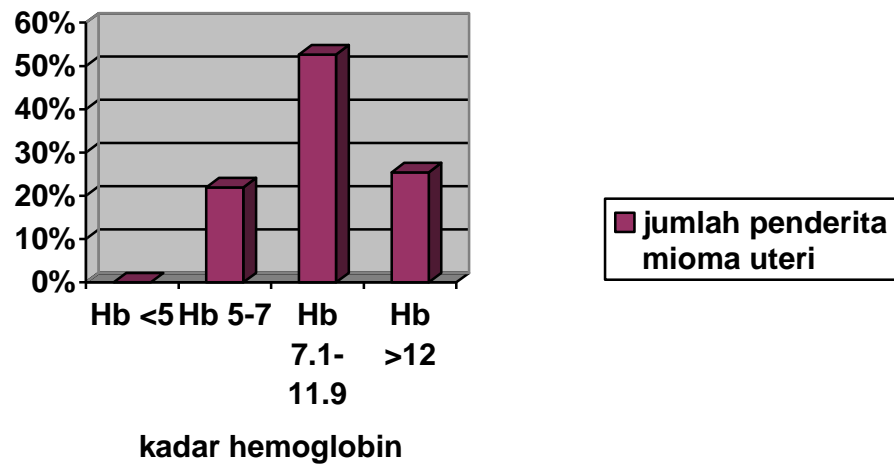
Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan kadar hemoglobin (Hb) penderita dari 114 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.5 Jumlah kasus mioma uteri menurut kadar hemoglobin (Hb) penderita di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Kadar Hemoglobin (gr%)	Jumlah	Persentase
< 5	0	0%
5 – 7	25	21,93%
7,1 – 11,9	60	52,63%
≥12	29	25,44%
Jumlah	114	100%

Dari tabel 4.5 diketahui bahwa 114 kasus mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 kadar Hb yang paling banyak ditemui yaitu pada kadar Hb 7 – 11,9 yaitu sebanyak 60 kasus (52,63%) diikuti

kadar Hb ≥ 12 sebanyak 29 kasus (25,44%), lalu kadar Hb 5 – 7 sebanyak 25 kasus (21,93%).



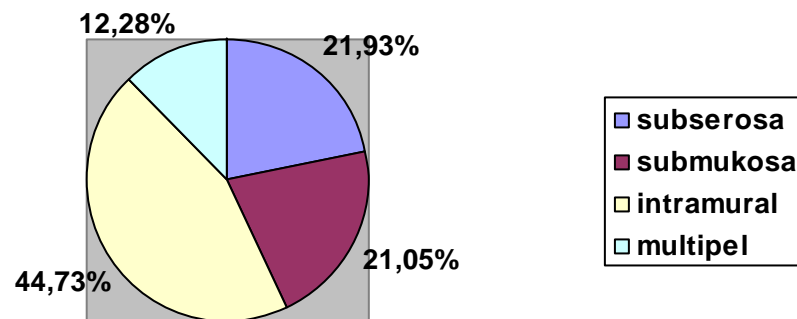
Gambar 4.5. Histogram jumlah kasus mioma uteri menurut kadar hemoglobin.

F. Kasus Mioma Uteri Menurut Jenis Mioma Uteri

Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan jenis mioma uteri dari 114 sampel dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.6. Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan jenis mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010

Jenis Mioma Uteri	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Mioma Subserosa	25	21,93%
Mioma Submukosa	24	21,05%
Mioma Intramural	51	44,73%
Multiple Mioma	14	12,28%
Jumlah	114	100%



Gambar 4.6. Diagram lingkaran jumlah kasus mioma uteri menurut jenisnya.

G. Kasus Mioma Uteri Menurut Terapi Yang Diberikan

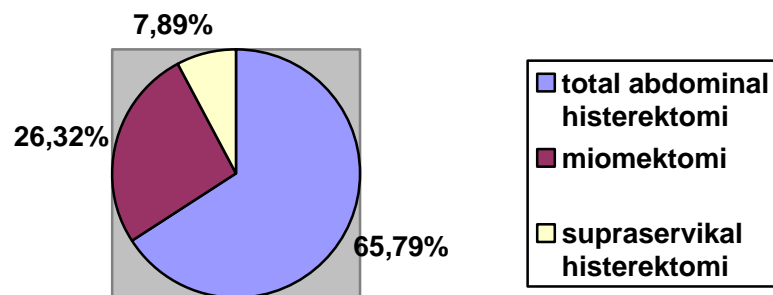
Jumlah kasus mioma uteri berdasarkan penatalaksanaan/terapi yang diberikan pada penderita dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.7. Jenis penatalaksanaan atau terapi yang diberikan terhadap pasien mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Periode Januari 2009 – Januari 2010

Penatalaksanaan/terapi	Jumlah Kasus	Persentase (%)
Total Abdominal Histerektomi	75	65,79%
Miomektomi	30	26,32%
Supracervikal histerektomi	9	7,89%
Jumlah	114	100%

Berdasarkan tabel 4.6 di atas dapat diketahui penderita mioma uteri penatalaksanaan atau terapi yang paling banyak dilakukan untuk penanganan kasus-kasus mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta periode Januari 2009 – Januari 2010 adalah total abdominal histerektomi yaitu sebanyak 75 kasus (65,79%), kemudian diikuti oleh tindakan miomektomi sebanyak 30 kasus

(26,32%), kemudian tindakan supraservikal histerektomi sebanyak 9 kasus (7,89%).



Gambar 4.7. Diagram lingkaran jumlah kasus mioma uteri menurut terapi yang diberikan.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan penelitian retrospektif pada status rekam medik pasien di bagian Kebidanan dan Penyakit Kandungan RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode Januari 2009 – Januari 2010 didapatkan 114 sampel yang merupakan penderita mioma uteri berdasarkan hasil pemeriksaan Histopatologi bagian Patologi Anatomi RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

5.1 Jumlah Kasus Mioma Uteri Menurut Usia Penderita

Jumlah kasus terbanyak terdapat pada kelompok usia 41 – 50 tahun yaitu sebesar 61,40%, diikuti kelompok usia 31 – 40 taun dan 51 – 60 tahun masing-masing sebesar 17,54%, pada kelompok usia 20 – 30 tahun sebesar 2,63%, pada usia lebih dari 60 tahun sebesar 0,88%, dan tidak ditemukan kasus mioma uteri pada usia kurang dari 20 tahun. Hasil ini sesuai dengan penelitian serupa yang dilakukan oleh Jung *et al.*, (1998) di Pusan St. Benedict Hospital dan di Mokpo Korea serta diperkuat oleh pendapat Ran Ok *et al.*, (2007) yang menyatakan bahwa kasus mioma uteri terbanyak terjadi pada kelompok usia 40 – 49 tahun. Hal ini disebabkan karena pertumbuhan dan perkembangan mioma uteri dipengaruhi oleh stimulasi hormon estrogen yang disekresikan oleh ovarium. Pada umumnya mioma uteri jarang timbul sebelum menarche dan sesudah menopause, tumbuh dengan lambat serta sering dideteksi secara klinis pada kehidupan dekade keempat (Marquard, 2008). Pada usia reproduksi sekresi hormon estrogen oleh

ovarium meningkat, berkurang pada usia klimakterium, dan pada usia menopause hormon estrogen tidak disekresikan lagi oleh ovarium (Ganong, 2008).

Wiknjosastro (2005) menyatakan bahwa frekuensi kejadian mioma uteri paling tinggi antara usia 35 – 50 tahun yang mendekati angka 40%, jarang ditemukan pada usia di bawah 20 tahun. Hal ini disebabkan karena pada usia sebelum menarche kadar estrogen rendah, dan meningkat pada usia reproduksi serta akan turun pada usia menopause. Senada dengan pernyataan di atas, Stoppler (2006) menyatakan bahwa pertumbuhan mioma uteri disebabkan oleh stimulasi hormon estrogen. Hormon estrogen disekresi oleh ovarium mulai saat pubertas berangsur-angsur meningkat dan akan mengalami penurunan bahkan tidak memproduksi lagi setelah usia menopause.

Kejadian mioma uteri juga dipengaruhi oleh jumlah paritas. Pada penelitian ini jumlah kasus mioma uteri terbanyak terdapat pada wanita dengan kelompok paritas nullipara yaitu sebesar 24,56%. Jumlah kasus pada kelompok paritas primipara ditemukan sebesar 21,05% dan jumlah kasus mioma uteri pada wanita dengan kelompok multipara bervariasi yaitu sekitar 53,51% dengan perincian paritas dua sebesar 20,18%, paritas tiga sebesar 19,30%, paritas empat sebesar 8,77%, paritas lima sebesar 5,26% diikuti kelompok multigrande (paritas >5) sebesar 0,88%. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat William H Parker (2007) yang menyatakan bahwa peningkatan jumlah paritas akan menurunkan risiko terjadinya mioma uteri. Mioma uteri memiliki karakteristik yang serupa dengan miometrium normal selama kehamilan, termasuk peningkatan produksi matriks ekstraseluler dan peningkatan ekspresi reseptor hormon steroid dan

peptida. Miometrium selama postpartum kembali pada keadaan normal baik dalam ukuran dan aliran darah melalui proses apoptosis dan dediferensiasi. Proses remodeling ini berperan dalam involusi mioma yang responsibel. Teori lain menyatakan bahwa suplai aliran darah ke mioma akan berkurang selama involusi uterus akibat nutrisi yang ikut berkurang.

Mioma uteri lebih sering terjadi pada wanita nullipara atau wanita yang hanya mempunyai satu anak (Swine, 2009). Pada wanita nullipara, kejadian mioma uteri lebih sering ditemui salah satunya diduga karena sekresi estrogen wanita hamil sifatnya sangat berbeda dari sekresi oleh ovarium pada wanita yang tidak hamil yaitu hampir seluruhnya estriol, suatu estrogen yang relatif lemah daripada estradiol yang disekresikan ovarium. Hal ini berbeda dengan wanita yang tidak pernah hamil atau melahirkan, estrogen yang ada di tubuhnya adalah murni estrogen yang dihasilkan oleh ovarium semuanya digunakan untuk proliferasi jaringan uterus (Guyton, 2001).

Peningkatan indeks massa tubuh juga berpengaruh terhadap peningkatan angka kejadian mioma uteri. Seperti yang disajikan pada tabel 3, jumlah kasus mioma uteri terbanyak, yaitu sebesar 46,49%, terjadi pada wanita dengan indeks massa tubuh ≥ 25 . Pada kelompok indeks massa tubuh 17 – 18,5 terdapat kasus mioma uteri sebesar 21,93% sedangkan pada kelompok indeks massa tubuh 18,5 – 25 terdapat peningkatan angka kejadian mioma uteri menjadi 31,58%. Sebuah studi retrospektif mengemukakan bahwa resiko mioma meningkat 21% setiap kenaikan 10 Kg berat badan dan peningkatan indeks massa tubuh.

Obesitas juga berperan dalam terjadinya mioma uteri. Hal ini berhubungan dengan konversi hormon androgen menjadi estrogen oleh enzim aromatase di jaringan lemak. Hasilnya terjadi peningkatan jumlah estrogen tubuh, dimana hal ini dapat menerangkan hubungannya dengan peningkatan prevalensi dan pertumbuhan mioma uteri.

Mioma uteri menimbulkan keluhan yang berbeda-beda pada tiap penderita tergantung pada lokasi, ukuran, jenis, dan adanya kehamilan. Pada penelitian ini keluhan terbanyak adalah perdarahan sebesar 57,02% dan benjolan perut bagian bawah sebesar 12,28% (tabel 4). Leone *et al.*, (2003) mengatakan bahwa gejala dan keluhan yang dihasilkan mioma uteri seperti perdarahan dan pembesaran ukuran adalah keluhan yang sering dijumpai. Hasil penelitian ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Ran Ok *et al.*, (2007) di Pusan St. Benedict Hospital Korea yang mengemukakan bahwa 44,1% keluhan utama penderita mioma uteri adalah perdarahan pervaginam.

Perdarahan pervaginam abnormal diakibatkan oleh peningkatan area endometrium pada saat menstruasi dan juga berhubungan dengan tekanan mioma uteri pada pembuluh darah uterus sehingga dapat meningkatkan aliran darah uterus. Teori yang menjelaskan perdarahan yang disebabkan mioma uteri menyatakan terjadinya perubahan struktur vena pada endometrium dan miometrium yang menyebabkan terjadinya *venule ectasia*. *Growth factor* merangsang stimulasi angiogenesis atau relaksasi tonus vaskuler dan memiliki reseptor pada mioma uteri dapat menyebabkan perdarahan uterus abnormal. Berkurangnya *angiogenic inhibitory factors* atau *vasoconstricting factor* dan

reseptornya pada mioma uteri dapat menimbulkan perdarahan uterus yang abnormal.

Perdarahan pervaginam menyebabkan sebagian besar penderita mioma uteri mengalami penurunan kadar hemoglobin. Pada penelitian ini ditemukan penurunan kadar Hb menjadi 7-11,9 gr% pada 52,63% penderita mioma uteri. Sejumlah 25,44% penderita memiliki kadar hemoglobin ≥ 12 dan 21,93% penderita dengan kadar hemoglobin 5 – 7 gr%. Penurunan kadar hemoglobin ini disebabkan oleh perdarahan pervaginam yang sering dikeluhkan oleh penderita. Anemia timbul karena sering sekali penderita mioma uteri mengalami perdarahan pervaginam yang abnormal. Perdarahan abnormal yang hebat merupakan salah satu penyebab umum kekurangan zat besi dalam tubuh yang dapat menyebabkan anemia defisiensi besi.

Ada berbagai jenis mioma uteri. Hasil penelitian dari 114 sampel didapatkan bahwa mioma intramural merupakan jenis mioma terbanyak yaitu sebesar 44,73% dan diikuti mioma subserosa sebesar 21,93%, mioma submukosa 21,05% serta mioma uteri multiple sebesar 12,28%. Febo *et al.*, (2005) mengatakan bahwa mioma uteri yang paling sering dijumpai adalah jenis intramural dan subserosa. Penelitian ini hampir sama dengan penelitian Bath dan Kumar pada tahun 2004 di Kasturba Hospital India yang mendapatkan mioma jenis intramural sebesar 52% kasus dan serupa dengan penelitian Jung *et al.*, (1998) di Mokpo St. Columban's Hospital Korea yang menemukan jenis mioma uteri terbanyak adalah mioma uteri intramural yaitu sebesar 55,7%.

Terapi yang digunakan pada penderita mioma uteri bervariasi. Berdasarkan hasil penelitian ini, terapi terbanyak yang dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta adalah total abdominal histerektomi sebesar 65,79%, kemudian diikuti dengan miomektomi sebesar 26,32% dan terapi supracervikal histerektomi sebanyak 7,89%. Penanganan operatif dilakukan apabila ukuran tumor lebih besar daripada ukuran uterus, pertumbuhan tumor yang cepat, mioma dengan tangkai dan torsi, bila menjadi penyulit pada kehamilan berikutnya, hipermenorea, dan penekanan organ sekitarnya. Menurut Derek (2001) histerektomi merupakan terapi pilihan pada wanita tua, wanita yang tidak ingin memiliki keturunan lagi dan pasien yang mengalami perdarahan haid berlebihan atau gejala penekanan oleh massa tumor.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Dari hasil penelitian retrospektif terhadap 114 penderita mioma uteri di RSUD Dr. Moewardi Surakarta Periode Januari 2009 – Januari 2010 dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Mioma uteri terbanyak ditemukan pada kelompok usia 41 – 50 tahun sebesar 61,40% dan kelompok usia lebih dari 60 tahun merupakan kelompok usia yang paling sedikit ditemukan yaitu sebesar 0,88% serta tidak ditemukannya kasus mioma uteri di bawah 20 tahun.
2. Berdasarkan jumlah paritas, kasus mioma uteri ditemukan terbanyak pada nullipara sebesar 24,56% .
3. Perdarahan pervaginam dan benjolan perut bagian bawah adalah keluhan utama yang paling banyak ditemukan yaitu masing-masing sebesar 57,02% dan 12,28%.
4. Penderita mioma uteri di RSUD Dr. Moewarsi Surakarta dengan kadar hemoglobin 7 – 11,9 ditemukan sebesar 52,63%.
5. Dari pemeriksaan bagian patologi anatomi, mioma intramural adalah jenis mioma yang paling banyak ditemukan yaitu sebesar 44,73%.
6. Terapi atau penatalaksanaan dengan tindakan histerektomi dilakukan sebesar 65,79%. Sedangkan terapi dengan miomektomi adalah sebanyak 26,32%.

B. Saran

1. Wanita yang mempunyai faktor-faktor resiko untuk terjadinya mioma uteri terutama wanita berusia 41 – 50 tahun, agar waspada dan selalu memeriksakan diri kepada tenaga ahli secara teratur.
2. Pada wanita dengan nullipara agar lebih waspada dan memeriksakan diri lebih tertarur kepada tenaga ahli kebidanan dan penyakit kandungan, untuk tindakan preventif dan diagnosis dini terjadinya mioma uteri.
3. Kepada para wanita yang telah mulai haid (menarke) untuk memeriksakan alat reproduksinya apabila ada keluhan-keluhan haid/menstruasi untuk dapat menegakkan diagnosis dini adanya mioma uteri.
4. Deteksi adanya mioma uteri hendaknya dilakukan sedini mungkin untuk menghindari morbiditas dan komplikasi lebih lanjut seperti perdarahan dan anemia/penurunan kadar hemoglobin.
5. Pemeriksaan histopatologi harus dilakukan setelah pengangkatan tumor, untuk diagnosis pasti dan menentukan jenis mioma.
6. Bagi penderita mioma uteri yang telah terdiagnosis, harus segera mendapatkan terapi yang sesuai dengan keadaan klinisnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Achadiat CM. 2004. *Prosedur Tetap Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC, pp: 94-97.
- Bailliere. 2006. The epidemiology of uterin leiomyomas. 12: 169-176.
- Bath RA, Kumar P. 2006. Experience with uterine leiomyoma at a teaching referral hospital in India. *Journal of Gynecologic Surgery* 22: 143-150.
- Baziad A. 2003. *Endokrinologi Ginekologi*. Jakarta: Media Aesculapius, pp: 151-157.
- Cunningham, FG. 1995. *Mioma uteri Obstetri William Edisi 18*. Jakarta : EGC, pp: 447-451.
- Derek LJ. 2001. *Dasar-dasar Obstetri dan Ginekologi Edisi 6*. Jakarta: Hipokrates, pp: 263-266.
- Djuwantono T. 2004. Terapi GnRH agonis sebelum histerektomi. *Mioma: Farmacia* 3:38-41.
- Fradhan P, Acharya N, Kharel B. 2006. Uterine myoma: a profile of nepalese women. *NJ Obstet Gynaecol* 1(2) : 47-50.
- Ganong, William F. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Goodwin SC, Spies TB. 2009. Uterin fibroid embolization. 361: 690-697.
- Guyton AC. 2002. *Fisiologi Manusia*. Jakarta: EGC.
- Gross K, Morton C. 2001. Genetic and development of fibroid. 44: 355-349.
- Hafiz R, Ali M, Ahmad M. 2003. Fibroids as a causative factor in menorrhagia and its management. <http://www.pmr.org.pk/fibroid.htm>. [Di akses : 20 Nopember 2007].
- Hart MD, McKay D. 2000. *Fibroids in Gynecology Illustrated*. London : Churchill Livingstone.
- Joedosoetro MS. 2005. *Ilmu Kandungan Edisi Kedua*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka, pp: 38-41.
- Jung JK, Ko MS, Jung BW. 1998. A clinical analysis of uterine myoma. *Koren J Obstet Gynecol*.

- Leone FP, Lanzani C, Ferrazzi E. 2003. Use of strict sonohysterographic methods for preoperative assessment of submucous myomas. *Fertility and Sterility* 79(4) : 998-1002.
- Manuaba B.G. 2003. *Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetric dan Ginekologi Edisi Kedua*. Jakarta: EGC, pp: 309-312.
- Marshall LM, Spiegelman D, Goldman MB. 1998. Sebuah studi prospektif faktor reproduksi dan penggunaan kontrasepsi oral dalam kaitannya dengan risiko leiomyoma rahim. 70: 432 – 439.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Parker WH. 2007. Etiology, syptomatology and diagnosis of uterin myomas. 87: 725-733.
- Pradhan P, Acharya N, Kharel T, Manjin M. 2006. Myoma rahim sebuah profil para wanita. 2: 47-50.
- Ran Ok L, Gyung Il P, Jong Chul K. 2007. Clinic statistical observation of uterine. *Korean Medical Database*.
- Scott JR, Disala PJ, Hammond CB. 2002. *Danforth Buku Saku Obstetric dan ginekologi*. Jakarta: Widya Medika, pp: 484-487.
- Stewart AA, Faur AV, Wise LA. 2002. Predictors of subsequent surgery for uterin leiomiomata after abdominal myomectomi. 99: 426-432
- Stewart E. 2001. Fibroid rahim. 357: 293-298.
- Swine, Smith. 2009. Uterine fibroids. http://www.emedicinehealth.com/uterine_fibroids/article_em.htmFibroids%20overview. [Diakses tanggal 1 Mei 2009].
- Thomason, Philip. 2008. Leiomyoma uterus (fibroid).<http://emedicine.medscape.com/article/405676-overview>. [Diakses tanggal 15 Maret 2009].
- Verala J, Luo X, Xu J, William RS. 2003. Gen expression profile of leiomyoma. 10: 161-171.
- Wiknjosastro H *et al.,.* 2005. *Ilmu Kandungan Edisi Kedua*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka, pp: 338-384.